

Disposizione anticipata di volontà anticipata (DAT) per i trattamenti sanitari ai sensi della L. 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”

Proposta Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Belluno - ottobre 2023

Io sottoscritto/a

nata/o a

il

residente a

in via

Codice Fiscale

Recapito telefonico

Indirizzo e-mail

nel pieno possesso delle mie facoltà mentali, ed in previsione di un'eventuale futura incapacità di decidere per me stessa/o circa le scelte sanitarie che mi riguardano;

INDICO

come mia/o Fiduciaria/o la signora/il signor

Cognome e nome

nata/o a

il

residente a

in via

Codice Fiscale

Recapito telefonico

Indirizzo e-mail

affidando a lei/lui il compito di rendere noto il presente documento e di impegnarsi a farne rispettare i contenuti.

Dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte e nella piena consapevolezza delle stesse,

QUALORA MI TROVASSI NELLA INCAPACITÀ DI COMPRENDERE LE INFORMAZIONI E DI ESPRIMERE IL CONSENSO/RIFIUTO AI TRATTAMENTI SANITARI

DISPONGO CHE:

- Nel caso in cui fossi affetto/a da un grave danno cerebrale (ad es.: a causa di trauma cranico, emorragia cerebrale, ictus, arresto cardiocircolatorio) con perdita definitiva e completa della mia autonomia e della capacità di entrare in relazione con altre persone, i trattamenti sanitari, inclusi idratazione e nutrizione artificiali,

siano

non siano

iniziati, o continuati se in corso al momento della certezza della prognosi.

- Nel caso in cui io fossi affetto da una malattia pervenuta allo stadio terminale, con prognosi infausta a breve termine e nell'imminenza della morte, in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari,

do

non do

il consenso ad una sedazione palliativa profonda continua che garantisca l'abolizione di ogni sofferenza.

- Nel caso in cui io sia affetta/o da insufficienza di uno o più organi o apparati e totalmente dipendente da trattamenti che possano esitare con certezza nella morte o in una disabilità gravissima, dispongo che i trattamenti sanitari, inclusi idratazione e nutrizione artificiali, siano non siano iniziati o continuati. In questo caso, do alla mia/o Fiduciario il mandato di rappresentare ai curanti cosa debba intendersi per “disabilità gravissima”, secondo la mia concezione di dignità del vivere, a Lei/Lui ben nota.

Dispongo inoltre che:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sono consapevole che in caso di prognosi infausta a breve termine o imminenza di morte, il Medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole e dal ricorso ai trattamenti inutili o sproporzionati.

Sono a conoscenza che il Medico è tenuto al rispetto delle mie DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal Medico stesso, in accordo con la/il Fiduciaria/o, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla mia condizione clinica attuale, ovvero sussistano terapie non prevedibili all’atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle mie condizioni di vita.

Sono a conoscenza che le presenti DAT e la nomina della/o Fiduciaria/o potranno essere da me revocate o modificate in ogni momento con successiva disposizione, che annullerà le precedenti.

Luogo e data

La/Il Disponibile

(Firma per esteso e leggibile)

La/Il Fiduciaria/o

(per conoscenza ed accettazione) (Firma per esteso e leggibile)

SCHEMA INFORMATIVA PER LA COMPILAZIONE DELLE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI
TRATTAMENTO (DAT) AI SENSI DELLA LEGGE n. 219 del 22/12/2017 “NORME IN MATERIA DI
CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO”

Alla fine del 2017 il Parlamento ha emanato la legge 219 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”. Il principio generale su cui si basa il contenuto della legge è il **diritto della persona all'autodeterminazione**, cioè la possibilità per ciascuno di scegliere autonomamente tra le diverse possibilità di trattamento sanitario, eventualmente anche decidendo di rifiutarlo: “nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata” (art.1). Il diritto a manifestare il proprio consenso o rifiuto vale anche per eventuali futuri trattamenti sanitari nel caso in cui non si fosse in grado di comunicare la propria scelta.

Lo strumento con cui rendere noto questo tipo di volontà quando la *persona* si trova *in condizioni di benessere*, sono le “**disposizioni anticipate di trattamento (DAT-art. 4)**”, cioè le dichiarazioni che si rilasciano “ora”, in stato di benessere, su ciò che si vuole o non si vuole venga fatto sul proprio corpo “allora”, cioè nel caso in cui la persona non sarà in grado di esprimersi autonomamente (per esempio per uno stato di coma dovuto ad un trauma, ad un ictus cerebrale o a compromissione di altra natura delle funzioni cerebrali).

Per essere certi di scrivere una DAT che corrisponda alle proprie volontà è necessario avere acquisito adeguate informazioni da parte di un medico di fiducia. Inoltre, è possibile e raccomandabile nominare un **fiduciario** che possa rappresentare le proprie volontà nelle relazioni con il medico e con la struttura sanitaria che avrà in cura la persona, nel momento in cui ve ne fosse bisogno. La legge precisa che le DAT possono essere modificate o revocate in qualsiasi momento e che esse possono essere disattese dal medico, in accordo col fiduciario, in pochi casi molto ben circoscritti. Le DAT devono essere consegnate personalmente all'anagrafe del comune di residenza o presso un notaio di fiducia oppure nella ULSS se è prevista una raccolta; successivamente verranno inserite nel Registro Nazionale DAT ove saranno visibili al disponente, al fiduciario e al medico curante tramite accesso con SPID o CIE.

Nel caso in cui invece la *persona* interessata a fornire indicazioni circa eventuali futuri trattamenti sanitari fosse *già affetta da patologie croniche invalidanti o ad evoluzione infausta*, la legge prevede che lo strumento da adottare per pianificare con il medico le terapie ritenute più idonee alla conservazione del proprio diritto ad autodeterminarsi sia la “**Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC-art. 5)**”. La PCC può essere aggiornata sulla base della evoluzione della malattia, può contenere l'indicazione di un fiduciario, e l'equipe sanitaria è tenuta ad attenersi quando il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà. Il suo contenuto deve essere calibrato sulla natura della patologia di cui il paziente è affetto; in essa il paziente può pianificare la tipologia di trattamenti in relazione alla prevedibile evoluzione della patologia stessa (es.: tracheostomia, ventilazione meccanica, emodialisi, ecc.), allorquando si trovasse nelle condizioni di non potere esprimere un consenso od un rifiuto. A differenza delle DAT, per le PCC non è previsto un registro, ma è opportuno che esse siano espresse in forma scritta o videoregistrata e siano conservate con la documentazione clinica del paziente.

Con l'obiettivo di fornire un esempio di come può essere scritta una DAT, si propone una bozza semplice e con le minime opzioni necessarie, che ciascuno potrà arricchire di ogni altra disposizione.